

TDAH: REPERCUSIÓN EN LA VIDA DEL NIÑO

DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO SANO

Autora: Ana Elizalde Muñoz

Directora: Raquel Sáenz Mendía

4º Curso del Grado de Enfermería

Año académico 2013-2014

Defensa: 25 de junio del 2014.

RESUMEN

El Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la edad infantil. Estos niños se caracterizan por presentar grandes dificultades a la hora de regular su nivel de actividad, inhibir sus impulsos y mantener la atención. Debido a este trastorno distintos ámbitos de la vida del niño se ven afectados. En este trabajo se pretende conocer cómo afecta el TDAH en la salud física y psicológica del niño, en la vida familiar y la escuela. Así como la importancia de la coordinación interdisciplinaria para asegurar una atención integral al niño con TDAH. Enfermería debe realizar un papel importante en el seguimiento de estos niños y su familia, por ello se desarrolla una intervención hacia el niño con TDAH y sus padres para llevar a cabo en la consulta de enfermería pediátrica.

PALABRAS CLAVES:

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, intervención, tratamiento, psicoeducación, adaptaciones educativas, apoyo familiar.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most prevalent psychiatric disorder in childhood. The symptoms that define this disorder are difficulties when managing their activity level, their impulses and sustaining attention and concentration. Due to this disorder different fields of the child's life are affected. The aim of this dissertation is to learn how ADHD affects physical and psychological health, family life and at school. As well as the importance of multidisciplinary coordination to assure a full attention to the affected child. Nursing has a significant role in monitoring these children, because of that it has been developed the child care program and their families to perform in pediatric nursing consultation.

KEYWORDS:

Attention deficit hyperactivity disorder, intervention, treatment, psychoeducation, educational adaptations, family support.

ÍNDICE

1. Introducción.....	págs. 1-3
2. Objetivos.....	pág. 4
3. Metodología.....	págs. 4-6
4. Resultados	
a. Aproximación interdisciplinar en el tratamiento del TDAH....	págs. 7-15
b. Intervención de enfermería.....	págs. 16-25
5. Discusión.....	págs. 26-28
6. Conclusiones.....	pág. 28
7. Agradecimientos.....	pág. 29
8. Bibliografía.....	págs. 30-33
9. Anexos.....	págs. 34-38

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico, que se inicia en la edad infantil y se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo⁽¹⁾.

Durante el Siglo XIX encontramos escritos en los que se habla de este trastorno. En 1902 el pediatra George Still definió por primera vez el TDAH al describir a un grupo de niños cuyos síntomas eran hiperactividad, dificultad para mantener la atención, reacciones violentas, agresividad y escasa respuesta al castigo; lo cual explicaba como un problema en el control moral de la conducta. En 1947 Strauss y Lehtinen desarrollan el concepto de "Lesión Cerebral Mínima o Disfunción Cerebral Mínima". Es en 1980 cuando el trastorno adquiere el nombre de trastorno de déficit de atención y en 2001 se establece el término actual^(1,2). Barkley (1997) propuso uno de los modelos cognitivos más respaldado por las comunidades científicas, en el que se plantea como síntoma principal del trastorno un déficit en la inhibición conductual lo cual genera un déficit en las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, autorregulación de las emociones, internalización del habla y la planificación)⁽³⁾.

El TDAH ha presentado una gran evolución en los últimos años. Su diagnóstico ha aumentado y con ello han crecido las controversias acerca de su posible sobrediagnóstico. Su prevalencia actualmente varía entre un 3-6% en niños y aproximadamente un 3% en adultos.

El aumento del diagnóstico viene justificado porque hace 15 años el TDAH era desconocido para muchos profesionales. Cuando aparecían estos casos se hablaba de que un niño era vago o malo y ahora sabemos las dificultades que estos niños presentan en su día a día. Estos niños tienen dificultades para regular su comportamiento y actuar conforme a lo esperado para su edad, esto les dificulta su adaptación en el entorno familiar, escolar y social. Conforme van creciendo, las exigencias son mayores, se les pide más autocontrol y esto les supone un problema, no porque no quieran, ya que también hay niños con problemas de conducta, sino por las dificultades que tienen. Por ello tiene que haber un diagnóstico^(1,4).

Hay mucha controversia porque el TDAH es visto desde distintos ámbitos, desde distintos profesionales y su fuente de conocimiento. Un sociólogo vería que hay muchas cosas que cambiar en la sociedad ya que vivimos estresados y muchos padres no puedan prestar la atención necesaria a sus hijos. Desde el ámbito educativo, un pedagogo diría que el sistema educativo no ayuda mucho. Seguimos estudiando cómo lo hacían nuestros abuelos, repitiendo lo escrito en una pizarra⁽⁴⁾.

Un psicólogo familiar, al estudiar ese ámbito verá problemas como que las normas no están claras, la autoridad no está bien asentada y falta tiempo para compartir con el niño. Un psicólogo cognitivo diría que son niños que no controlan su pensamiento, su atención, su diálogo interno, por lo que les cuesta controlarse. En el caso de un psicólogo conductivo, daría importancia a implementar un programa con normas y consecuencias, premios y castigos. Un neuropsicólogo afirmará que hay zonas del cerebro que no están funcionando bien. Mientras que un profesional sanitario, médico o de la farmacología valorará fallos en neurotransmisores y la necesidad de un fármaco⁽⁴⁾.

La realidad es que se necesita trabajar todos estos ámbitos conjuntamente para lograr una mejoría en la situación de los niños con TDAH.

Actualmente se considera que el TDAH es producido por una alteración neuroquímica de las vías de la dopamina y serotonina en los lóbulos prefrontales y ganglios basales del cerebro, la cual produce alteraciones en el sistema de procesamiento de la información, ausencia de filtro hacia estímulos e incapacidad de distinguir entre qué es importante y qué es irrelevante⁽⁵⁾.

En un 80-90% de los casos la causa del TDAH es genética, por lo que muchos padres se ven identificados. Además su prevalencia es mayor en varones que en mujeres. En otros casos la causa puede ser cualquier daño a nivel neurológico producido durante el embarazo, el parto o la primera infancia (niño prematuro, de bajo peso o parto con sufrimiento fetal), también el consumo de tabaco, alcohol o sustancias como cocaína y heroína durante el embarazo. Además hay factores de riesgo psicosociales como los problemas en la relación familiar^(1,4,6).

Según el síntoma predominante se distinguen 3 subtipos⁽⁷⁾:

- Subtipo con predominio de déficit de atención. Corresponde al 20-30% de los casos.
- Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Entre el 10-15% de los casos.
- Subtipo combinado. 50-70% de los casos.

Estos subtipos presentan considerables diferencias entre unos y otros por lo que podrían llegar a considerarse distintos trastornos.

Para la realización del diagnóstico frecuentemente intervienen los padres o profesores del niño que son los que ven comportamientos en el niño que les hacen preocuparse. Contactan con un profesional sanitario (pediatra, psiquiatra, neurólogo...) que será quien realice el diagnóstico⁽⁷⁾. Para el correcto diagnóstico además de recoger información acerca de las dificultades que presenta el niño en su día a día, se recogerá también la historia clínica y se realizará una exploración física⁽⁸⁾.

Es importante evaluar la posible asociación de otras patologías ya que el TDAH tiene una alta prevalencia de comorbilidad (un 60%). Los trastornos más frecuentemente asociados son los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, trastornos de conducta, del espectro autista, tics y trastornos del aprendizaje⁽⁹⁾.

En este trabajo se resalta la importancia de un enfoque multimodal en el tratamiento del TDAH, pudiendo incluir tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. También se debe realizar un abordaje psicoeducativo del niño, su familia y su entorno⁽¹⁰⁾.

La escuela es uno de los ámbitos donde más problemas tienen estos niños, de ahí la importancia de que se lleven una serie de intervenciones que puedan facilitar al niño la adquisición de conocimientos^(11,12). La orden foral recogida en el BON del 2012⁽¹³⁾ contempla que "el profesorado deberá tener en cuenta que el alumnado con alguna necesidad específica de apoyo educativo asociada a TA (dislexia, disortografía, disgrafía

y/o discalculia) y TDA-H precisa ajustes metodológicos en los procesos de enseñanza-aprendizaje que se producen en las aulas, y que entre otras cosas afectará a la organización de éstas, a la distribución del alumnado, al ajuste curricular y a las estrategias didácticas”.

El TDAH es un trastorno no prevenible en la mayoría de casos por lo que lo principal será su detección precoz para así iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible y evitar los problemas asociados (mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sociales, trastornos de conducta).

Mediante el acercamiento a la realidad del TDAH, se pretende conocer las repercusiones de este trastorno en los distintos ámbitos (salud, psicológico, escolar y familiar). La consulta de Enfermería de Pediatría de los Centros de Atención Primaria puede ser un recurso de coordinación interdisciplinar para el seguimiento y refuerzo de las intervenciones de otros profesionales además de fomentar acciones desde la práctica autónoma en el tratamiento del niño diagnosticado de TDAH y su familia.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Estudiar las necesidades de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) desde un enfoque interdisciplinar.

Diseñar una intervención, llevada a cabo en la consulta de enfermería, para niños con TDAH incluida en el programa de atención al niño sano.

Objetivos específicos:

- Recoger información acerca de las necesidades de niños con TDAH desde el ámbito clínico, educativo y en cuanto a las intervenciones psicológicas.
- Comparar el ámbito teórico con la realidad personal del círculo cercano a un niño con TDAH.
- Estudiar las necesidades de apoyo y asesoramiento de las familias de niños con TDAH.

METODOLOGÍA

Recogida de datos:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las Bases de Datos scopus, cinhal, Google Académico (Scholar google), Dialnet y Elsevier. En esa búsqueda se han obtenido distintos artículos, guías y monografías acerca del TDAH. Los descriptores utilizados para esta búsqueda han sido trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, intervención, tratamiento, psicoeducación, adaptaciones educativas y apoyo familiar.

Se recogen los hallazgos más interesantes en relación con la investigación y se decide complementar la información recogida con la aportada por un grupo de expertos en el tema. De esta manera se produce una aproximación a la realidad concreta de estos niños con TDAH en el ámbito educativo, social, clínico y familiar.

Posteriormente se comienza a contactar con distintos expertos en el tema, para recabar así información de personas más cercanas a la realidad del niño con TDAH. Se realiza a cada uno de ellos una entrevista mediante la cual se recoge información de su ámbito.

Las entrevistas se ciñeron a un guión pero varió dependiendo de la conversación con los entrevistados, enfocando las preguntas al ámbito de estudio de cada profesional.

Los aspectos entrevistados fueron:

- Definición TDAH.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Adaptaciones escolares.
- Vida en familia.

Características de la muestra:

Las personas entrevistadas son expertos en distintos ámbitos del niño con TDAH y tienen sensibilidad en el tema ya que trabajan día a día con él.

<p>Daniel Montoya Psicólogo conductivo conductual</p>	<ul style="list-style-type: none">• El TDAH en la actualidad.• Definición TDAH, etiología, diagnóstico.• Tratamientos: psicoterapia, terapia conductual y cognitiva.• Actitud de los padres.• Ámbito escolar: adaptaciones en el aula.
<p>Teresa García-Falces Pediatra</p>	<ul style="list-style-type: none">• TDAH, etiología, diagnóstico.• Tratamiento farmacológico.• El TDAH y la familia.
<p>Nieves Izco Enfermera especialista en salud mental y licenciada en psicología. Madre de un niño con TDAH. Forma parte de la junta de la asociación ADHI.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Asociación ADHI: escuelas de padres.• Convivencia con un niño con TDAH.• Actualidad TDAH: la escuela.
<p>Isabel Hermoso de Mendoza Profesora de educación primaria</p>	<ul style="list-style-type: none">• Escuela y TDAH.• Papel profesorado.• Adaptaciones escolares.

Planificación:

Fases:	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Elección del tema								
Revisión bibliográfica								
Establecer objetivos y metodología								
Entrevista psicólogo								
Entrevista pediatra								
Entrevista profesora								
Entrevista enfermera y madre								
Elaboración de los resultados								
Discusión Revisión y mejora del proyecto								
Entrega del trabajo y exposición								

RESULTADOS

Los resultados se presentan subdivididos en 2 apartados, los cuales dan respuesta a los objetivos anteriormente planteados en la investigación.

El primer punto comprende los hallazgos referentes a las necesidades de los niños con TDAH e incide en las consecuencias que tiene este trastorno en los distintos ámbitos estudiados. Las preguntas a las que se quiere dar respuesta son las siguientes:

1. ¿Qué repercusiones tiene el TDAH en la salud del niño?
2. ¿Qué intervenciones psicológicas se realiza a los niños con TDAH y sus familias?
3. ¿Cómo afecta el TDAH al proceso de enseñanza-aprendizaje?
4. ¿Qué consecuencias tiene el TDAH para la familia?

En la Figura 1 vienen recogidos de manera esquemática los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica y se plantean los ámbitos a estudiar. Mientras que en la Figura 2 se plantean de forma breve los principales hallazgos en las entrevistas realizadas.

El segundo punto, consiste en el desarrollo de una intervención de enfermería al niño con TDAH y su familia incluida en el Programa de Atención al Niño Sano.

Aproximación interdisciplinar en el tratamiento del TDAH

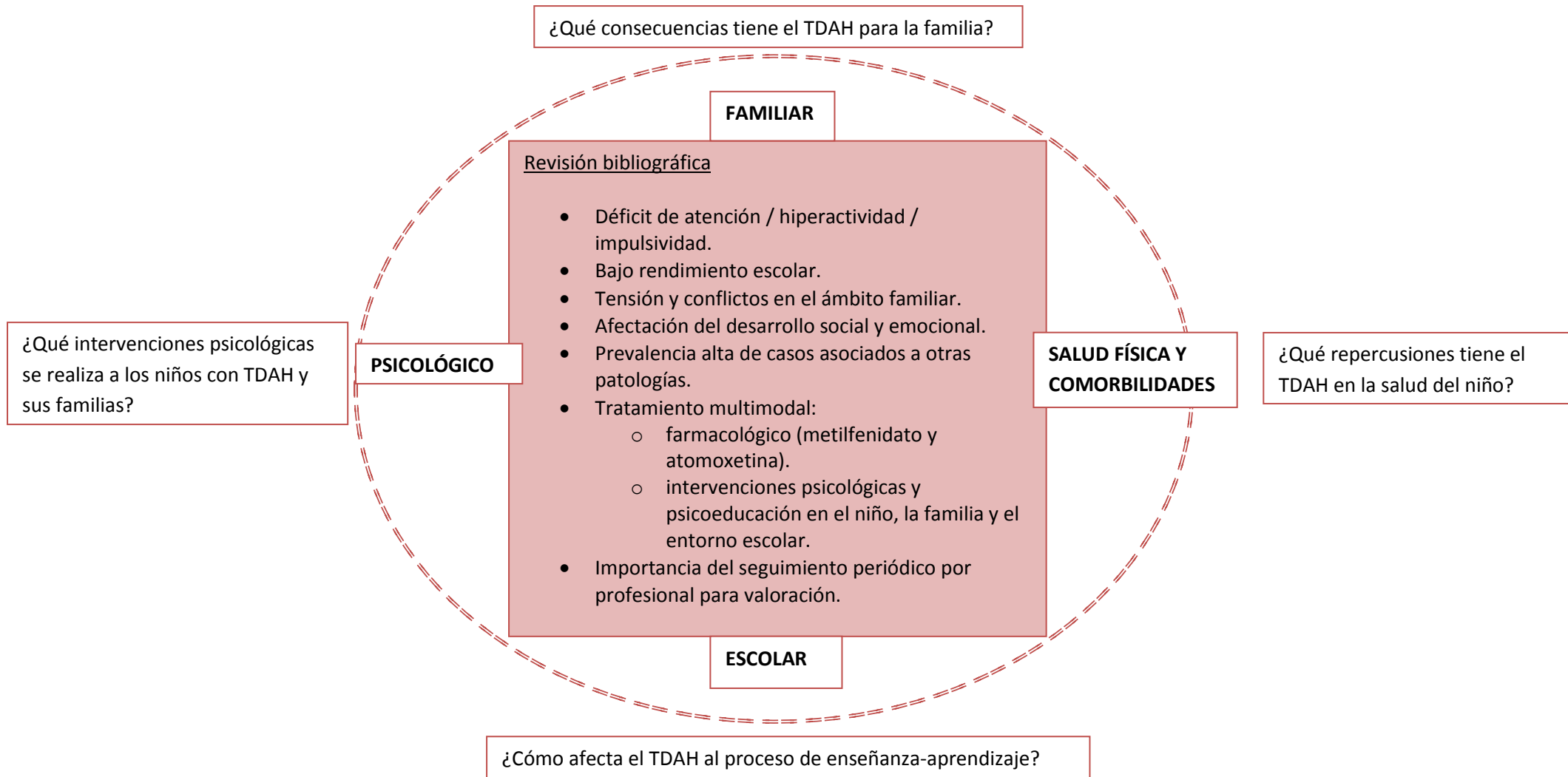


Figura 1. Implicación del TDAH a nivel de salud física, psicológica, escolar y familiar.

Para tener unos conocimientos sobre el TDAH más cercanos a la realidad se analiza el contenido de las entrevistas realizadas, extrayendo los resultados más relevantes de los contextos estudiados.

Ámbito de la salud y comorbilidades

El TDAH es el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia en la infancia. Hay que decir que en España no existe la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil, es decir, psiquiatras que tengan formación específica en niños y adolescentes (como si hay en otros países), los niños son valorados por pediatras, neurólogos o psiquiatras⁽¹⁴⁾.

Estos niños tienen dificultad para concentrarse en actividades o tareas, no mantienen la atención, se distraen con facilidad, son impulsivos e impredecibles, no toleran la frustración, les resulta difícil habituarse a los cambios...etc⁽¹⁵⁾.

Para el diagnóstico, el especialista recoge la Historia Clínica del paciente, entrevistando al niño y recogiendo información tanto de los padres como de los profesores del niño. Para facilitar esta recogida de información se utilizan cuestionarios como el de Connors^(anexo 1). Se realiza también una exploración física. Por último se pasan un test de inteligencia y test de funciones ejecutivas. Los datos objetivos recogidos a través de estos instrumentos y test psicométricos se contrastan con la información obtenida del niño, la familia y los profesores. Ya que se dan casos en que los resultados de los test son favorables, pero esta última puede aportar información cualitativa que modifique significativamente la consideración diagnóstica^(4,15).

Actualmente se utilizan dos criterios para el diagnóstico de TDAH⁽¹⁵⁾:

- DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría): exige al menos 6 síntomas de hiperactividad o 6 síntomas de déficit de atención.
- CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS): es necesario que exista déficit de atención siempre.^(Anexo 2)

Para poder hablar de trastorno los síntomas deben haber aparecido antes de los 7 años y persistir durante los últimos 6 meses. Estos síntomas se deben manifestar en al menos 2 entornos, produciendo una disfunción importante (social, académica o laboral) y resultar inadecuados al compararlos con niños de su misma edad. Por último no debe existir otro trastorno mental que pueda explicar los síntomas, para ello se debe realizar un diagnóstico diferencial⁽¹⁵⁾.

El desarrollo en la infancia no es igual en todos los niños por ello para el diagnóstico de TDAH frecuentemente se espera hasta los 6 o 7 años, dando la oportunidad de madurar hasta esta edad. Los síntomas ya se perciben en el niño más pequeño, son niños muy inquietos, impulsivos, con dificultad en la coordinación motora, les cuesta adaptarse socialmente, tienen conductas negativistas... Conforme se hacen mayores aparecen las dificultades escolares, los problemas para organizarse, se vuelven impacientes y en muchos casos los niños tienen baja autoestima debido a que continuamente están haciendo cosas mal. En los adolescentes hay que tener especial cuidado en la aparición de conductas de riesgo⁽¹⁵⁾.

El TDAH frecuentemente está asociado a otras patologías como son Tics, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de conducta, depresivo, trastorno de abuso de drogas... Este es un tema que preocupa a los padres, por ejemplo se ha visto que el TDAH está relacionado con el alcoholismo en la edad adulta^(14,15).

En la edad adulta, la hiperactividad va disminuyendo pero el déficit de atención y la impulsividad continúan en el 50% de los casos que no han seguido un tratamiento. La pediatra entrevistada afirma que el tratamiento más eficaz en un niño con TDAH es la combinación de psicoterapia conductual y farmacoterapia. D. Montoya, psicólogo conductual, añade que las pautas para adultos del entorno del manejo del niño funcionan muy bien^(4,15).

En España hay dos fármacos aceptados para el tratamiento del TDAH: metilfenidato (psicoestimulante) y atomoxetina (no estimulante). El primero es el más utilizado, mientras que la atomoxetina se emplea en casos en los que existe comorbilidad, especialmente en casos con antecedentes de psicosis, o cuando el tratamiento con psicoestimulantes no es eficaz. El metilfenidato se encuentra en dos formas farmacéuticas, de liberación inmediata o retardada, siendo el segundo más cómodo para el cumplimiento del tratamiento⁽¹⁵⁾.

El tratamiento farmacológico (el cual es necesario valorar en cada paciente si es conveniente o no) se inicia siempre con dosis mínimas y se va aumentando gradualmente, para evitar efectos secundarios. Estos efectos adversos dependen de la dosis y de cada individuo. Van desde el insomnio, falta de apetito, aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca y disminución del crecimiento en el caso del metilfenidato; a la anorexia, dolor abdominal, náuseas y vómitos en la atomoxetina⁽¹⁵⁾.

Dosis de los fármacos para el TDAH⁽¹⁾

Fármacos	Presentaciones	Dosis inicial	Dosis máxima
Metilfenidato de liberación inmediata	5, 10, 20 mg	5 mg	2 mg/kg/día hasta 60 mg/día
Metilfenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica	18, 27, 36, 54 mg	18 mg	2 mg/kg/día hasta 108 mg/día
Metilfenidato de	10, 20, 30, 40	10 mg	2 mg/kg/día hasta

liberación prolongada tecnología pellets	con	mg		60 mg/día
Atomoxetina		10, 18, 25, 40, 60, 80 mg	0,5 mg/kg/día	1,8 mg/kg/día hasta 100 mg/día

Por ello, la pediatra T. García-Falces⁽¹⁵⁾ resalta la importancia de una revisión médica antes de iniciar el tratamiento y de los sucesivos controles mientras lo realiza. Así como la integración en el tratamiento del entorno familiar y escolar del niño.

Ámbito psicológico

El tratamiento farmacológico, junto con los tratamientos psicológicos y las pautas de intervención en el medio a padres y centro escolar, son los procedimientos cuya eficacia es más fácil de evaluar. Hay otro tipo de intervenciones más complejas, que necesitan más tiempo y por ello su evaluación es más complicada como son en entrenamiento cognitivo y la terapia con el niño⁽⁴⁾.

Es importante que el entorno del niño entienda que le pasa, porque no puede, qué dificultades tiene y cómo poder ayudarle, esto es la psicoeducación. Se interviene con la familia, la escuela y el niño⁽⁴⁾.

Las intervenciones con la familia van destinadas en primer lugar a que entiendan lo que le sucede al niño, muchos padres no lo entienden y les hace desesperarse. Se les indican pautas para ayudar a sus hijos a hacer las cosas, interiorizarlas y crear hábitos. Un niño con TDAH no aprende solo con decírselo, tiene que aprender de la experiencia. Por ello es importante que sus actos tengan consecuencias, es decir, que cuando hagan las cosas bien haya unas consecuencias positivas y cuando las hagan mal haya unas repercusiones negativas. De esta forma la próxima vez que el niño vaya a hacer algo tendrá el recuerdo agradable o negativo de lo que le pasó y pensará si hacerlo. Deben asimilar unos hábitos y establecer acciones-consecuencias⁽⁴⁾.

También hay intervenciones con el propio niño, estos niños hacen constantemente las cosas mal y eso daña su autoestima, por ello debe entender su problema y si tiene asociado otro trastorno psicológico como ansiedad o depresión, debe aprender su manejo. Así mismo es importante trabajar las habilidades sociales en niños con problemas de comportamiento^(4,14).

El psicólogo D. Montoya nos habla también de una terapia que está dando buenos resultados, el entrenamiento cognitivo. Consiste en una rehabilitación de aquellos procesos en los que el niño con TDAH tiene dificultades (la atención, la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad cognitiva, la monitorización; todas ellas

funciones ejecutivas). Las funciones ejecutivas son la puesta en marcha de nuestra reflexión de forma voluntaria con el fin de alcanzar un objetivo deseado. Los niños con TDAH presentan dificultades en este ámbito ya que son capaces de prestar atención, de reflexionar o estar trabajando largos periodos de tiempo cuando algo les interesa, pero en el momento en el que el objetivo no tiene interés para ellos se desconcentran y su atención acaba en otra cosa más estimulante. La terapia cognitiva pretende que el niño interiorice los procesos reflexivos. Esto es trabajado por los psicólogos mediante fichas psicopedagógicas, juegos educativos, tareas escolares o de otro tipo que necesiten seguir unos pasos (como por ejemplo cocinar, la mecánica...). Mediante estos instrumentos se intenta que el niño trabaje y finalmente interiorice los procesos reflexivos. El problema de que este tipo de terapia no sea considerada tan eficaz es que requiere de varios meses y los resultados son más complejos de evaluar⁽⁴⁾.

Ámbito escolar

La escuela puede facilitar el diagnóstico del TDAH ya que los niños pasan mucho tiempo en ella y los profesores pueden observar muchas conductas. La maestra I. Hermoso de Mendoza⁽¹⁶⁾ habla de la percepción en la escuela. El niño se mueve constantemente, no aguanta haciendo la actividad propuesta, interrumpe constantemente... Considera que se necesitaría algo más de información sobre este trastorno entre los profesores para así colaborar más en su diagnóstico.

Al preguntarnos si el sistema educativo que encontramos en España favorece o no la adaptación de los niños con TDAH, tanto la maestra, el psicólogo y la madre entrevistados coinciden en que no. Los modelos de enseñanza pasivos (estar en clase sentado, repitiendo conceptos) dificultan mucho el aprendizaje, tanto de niños con TDAH como de aquellos sin el trastorno. Por el contrario otros modelos de educación más activos en los que los niños realizan actividades fuera del aula convencional (por ejemplo huertos y talleres) funcionan mejor^(4,14,16).

El tipo de educación pasiva no favorece la adaptación, de igual manera que para los profesores el tener a su cargo una clase con muchos alumnos dificulta el poder prestar esa atención extra a niños que tienen unas necesidades educativas especiales.

Existen distintas adaptaciones^(4,16) que se pueden llevar a cabo en el aula para mejorar el aprendizaje de un niño con TDAH como son:

- Poner al niño cerca del profesor, en primera fila, rodeado de otros alumnos tranquilos y evitando distracciones.
- Hacerle partícipe de la clase, permitiéndole hacer cosas, repartir folios, dibujar...
- Favorecer que el niño con TDAH siga la clase, haciéndole preguntas, escribiendo una guía en la pizarra y tachando lo que está hecho, resumir los puntos anteriores, de esta forma permites que vuelva a seguir la clase si se ha descentrado.
- Las tareas que sean pocas y variadas. Es mejor ir dándole los ejercicios de uno en uno y controlándole el tiempo y la realización de las actividades de forma discreta.

- Recordarle el horario, las actividades escolares próximas, cuando tiene que entregar trabajos, tareas...
- En los exámenes darles el tiempo suficiente para prepararlo (al menos una semana) y comprobar que lo tenga bien apuntado. Las preguntas deben ser cortas y directas y mejor si se realiza de forma oral.
- Hay que tener en cuenta que son niños que hacen constantemente las cosas mal y esto daña su autoestima, para evitar esto los profesores deben evitar reñirles constantemente y decirles todo delante de la clase, lo que puede avergonzarles.
- Es importante que el niño tenga una persona de apoyo o referencia dentro del centro, al cual pueda acudir en caso de tener problemas con otros compañeros o profesores.

El problema de estas adaptaciones, a pesar de estar ya recogidas en el BON 2012, es que su puesta en marcha depende de la voluntad de cada profesor. Poco a poco va habiendo avances, actualmente en la selectividad tienen la oportunidad de elegir el sitio en el que se quieren sentar y también les permiten más tiempo para hacer el examen^(4,14,16).

Por último, hay que saber que el TDAH es totalmente independiente de la inteligencia. Hay niños con grandes capacidades que durante los primeros cursos sacan resultados buenos, pero al ir aumentando el nivel de exigencia, al no tener esos hábitos de estudio y de concentración, fracasan. Por ello en algunas ocasiones los diagnósticos se realizan en edades más avanzadas⁽⁴⁾.

Ámbito familiar

La repercusión del TDAH es muy grande en el ámbito familiar. Los padres frecuentemente acaban desbordados por lo difícil que es educar y criar a su hijo.

Los padres se encuentran con un hijo que no hace caso a nada de lo que se les dice. Muchos no llegan a entender cómo su hijo puede estar 3 horas concentrado haciendo algo en el ordenador y a la hora de hacer las tareas no puede estar atento ni 3 minutos. Esto ocurre porque el ordenador es muy estimulante y es él el que capta la atención del niño sin que este tenga que realizar ningún esfuerzo⁽⁴⁾.

N. Izco⁽¹⁴⁾, relata desde su experiencia lo duro que es el día a día con estos niños, por ello el diagnóstico del trastorno para muchos padres supone un alivio ya que encuentran una explicación a lo que ocurre; mientras que otros siguen reticentes, cuestionándose qué es capaz de controlar y qué no. Dentro de los subtipos que se conocen (inatento, hiperactivo/impulsivo y combinado) resalta que el inatento es totalmente distinto en síntomas a los otros, y el más difícil de llevar es el combinado ya que esos niños no tienen filtro.

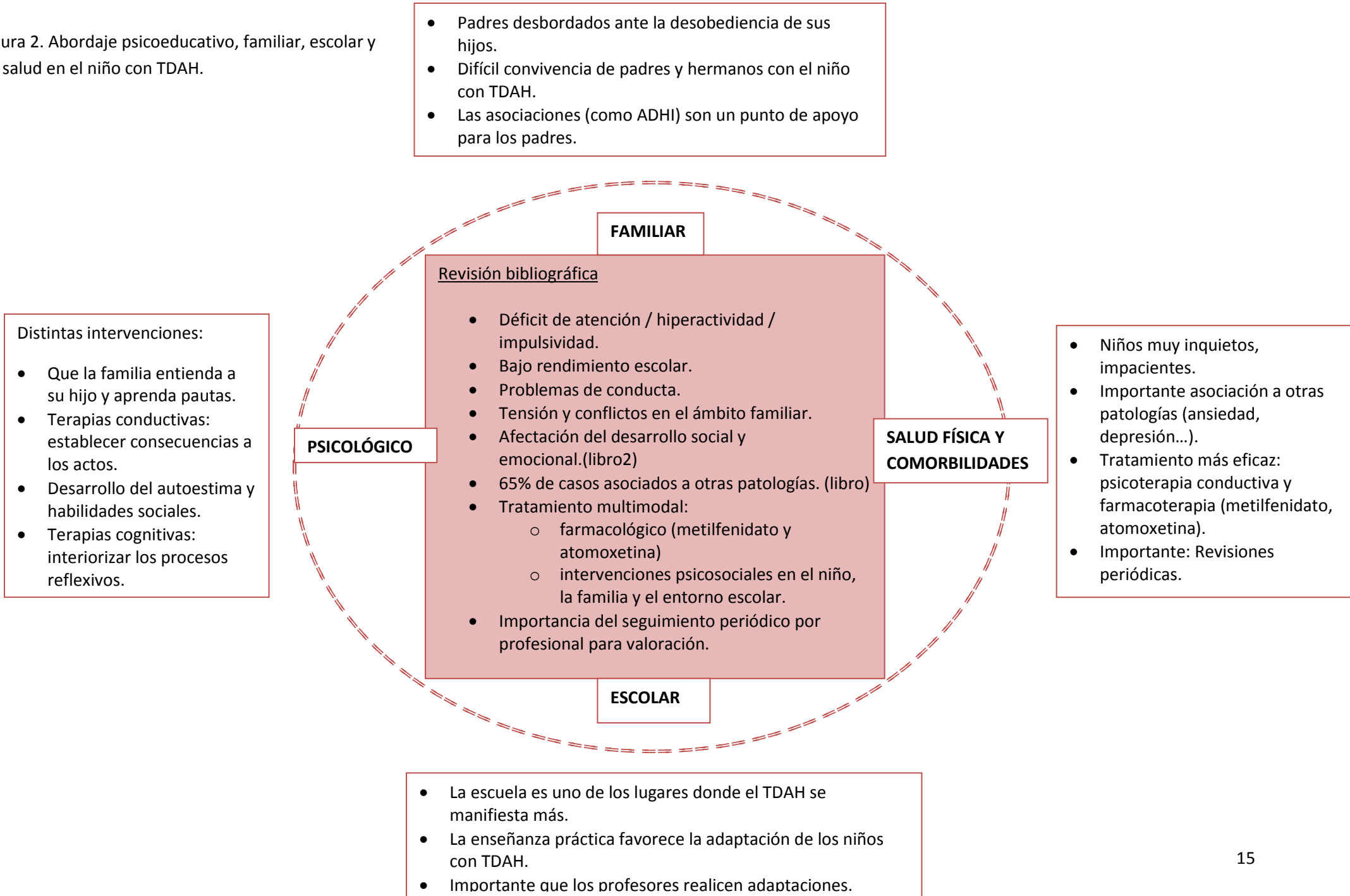
Los niños con TDAH, al tener alteradas las funciones ejecutivas, tienen carencias en la planificación, convivir con ellos se hace difícil tanto en casa como en el colegio. La convivencia es difícil para los padres pero también para los hermanos. Por ello en la asociación ADHI (Asociación Navarra para el tratamiento y el estudio del Déficit de

Atención, Hiperactividad e Impulsividad) hay un módulo dedicado a los padres que va sobre los hermanos del niño con TDAH, ya que a ellos también se les hace duro el día a día. Esta asociación, formada principalmente por madres involucradas en este trastorno, se dedica a promocionar la investigación, colaborar en áreas educativas, de atención social y científicas, con centros entidades y profesionales dedicados al estudio y atención del Déficit de Atención e Hiperactividad, así como a prestar ayuda a personas afectadas directa o indirectamente por el trastorno⁽¹⁴⁾.

Las asociaciones como ADHI son un punto de apoyo para los padres que quizás se ven algo perdidos tras el diagnóstico del trastorno, ahí ven que hay otras personas que están pasando por lo mismo. Mediante las escuelas de padres se les enseña a entender cómo funcionan sus hijos y distintas técnicas para manejarlos.

Además estos padres se ven frecuentemente en situaciones nada agradables ya que sus hijos son considerados como niños maleducados. Hoy en día muchas personas no saben cómo tratar a estos niños.

Figura 2. Abordaje psicoeducativo, familiar, escolar y de salud en el niño con TDAH.



Después de analizar el entorno del niño con TDAH, en este trabajo se plantea el desarrollo de una intervención llevada a cabo en la consulta de enfermería pediátrica que pueda formar parte del Programa de atención al niño sano y que atienda las necesidades de estos niños en los ámbitos estudiados.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA HACIA EL NIÑO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON/SIN HIPERACTIVIDAD

Presentación

El diagnóstico del TDAH ha aumentado mucho en los últimos años, constituye el trastorno del comportamiento infantil más frecuente dentro de la pediatría (afecta entre el 3-6% de los niños). Este trastorno tiene unas repercusiones importantes en la persona afectada tanto en el ámbito escolar, como social, emocional y familiar.

En el pasado no se diagnosticaba por el desconocimiento de padres y profesionales; los padres se considerarían culpables en muchas ocasiones de los comportamientos de sus hijos. Pero hoy en día conocemos mejor este trastorno, se detecta, diagnostica y trata mejor, de esta forma se intenta evitar posibles complicaciones. Además su objetivo será prevenir las posibles repercusiones que el TDAH tiene en la edad adulta como son la menor formación académica, peor adaptación laboral, mayores dificultades en las relaciones personales, consumo de sustancias y comorbilidad neuropsiquiátrica⁽¹⁷⁾.

Actualmente se ven más niños en consulta que llevan un tratamiento farmacológico y/o psicológico que hace necesario su control mediante revisiones periódicas. Este programa establece el papel de enfermería en las revisiones de niños con TDAH, cuáles son sus necesidades y que aspectos se deben controlar. La consulta de enfermería ejercerá también de ámbito educativo y de resolución de dudas a los padres de estos niños que en muchas ocasiones desconocen cuál es el correcto manejo del TDAH.

Objetivos

- ✓ Llevar un control periódico de los niños con TDAH medicados, evaluando los posibles efectos adversos producidos por la medicación.
- ✓ Dar pautas para el manejo de niños con TDAH a los padres.
- ✓ Aumentar el conocimiento de los padres sobre el trastorno de sus hijos.
- ✓ Solucionar dudas que surjan en los padres.
- ✓ Orientar sobre el papel de las asociaciones donde pueden acudir estas familias.

¿Qué es el TDAH?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico que afecta la capacidad del niño de⁽¹⁸⁾:

Regular su nivel de actividad → Hiperactividad

Inhibir sus ideas, pensamientos o comportamientos → Impulsividad

Prestar atención a las actividades que realiza → Inatención

- Estas tres capacidades resultan inadecuadas para la edad del niño.
- Sus síntomas se perciben antes de los 7 años y llevan mínimo 6 meses de duración.
- Afectan negativamente en al menos dos entornos de su vida (escolar, familiar, social...).
- Los síntomas no se explican mediante otro problema psiquiátrico (como ansiedad o depresión), un problema médico, sustancias (alcohol, drogas) o medicaciones.

El TDAH provoca dificultades en la vida diaria del niño afectado, como bajo rendimiento escolar, dificultad a la hora de hacer amigos, problemas de comportamiento, discusiones familiares...

Además frecuentemente va asociado a otras patologías como Tics, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de conducta, depresión, riesgo de consumo de drogas...^(14,15).

¿Cuál es el origen del TDAH?

Actualmente se considera que el TDAH tiene su origen en una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas. La corteza prefrontal es la encargada de controlar la atención mantenida, la resistencia a la distracción (inhibición motora) y la memoria de trabajo. Estas áreas del cerebro se comunican gracias a la dopamina y noradrenalina, por lo que los niveles de estos neurotransmisores podrían producir la sintomatología del TDAH.^(1,18)

Causas⁽¹⁸⁾:

- a) Genética (70-80% de los casos).
- b) Bajo peso al nacer.
- c) Problemas psicosociales.
- d) Consumo de sustancias durante el embarazo (tabaco, alcohol, drogas).

¿Qué tipos de TDAH hay?

Se distinguen 3 subtipos:

- Hiperactivo- impulsivo: poco frecuente.
- Inatento.
- Combinado: combina los tres síntomas, es el más frecuente.

¿Qué síntomas se pueden apreciar?

HIPERACTIVIDAD:

Se manifiesta por un nivel de actividad excesiva. Permanecer quietos, estar largos periodos de tiempo haciendo algo tanto en clase, como a la hora de comer o en el recreo les supone un gran esfuerzo y dificultad. Por ello las clases resultan muy pesadas, se levantan, hablan...Son ruidosos, inquietos, nerviosos^(1,18).

Las manifestaciones varían conforme el niño crece, durante los primeros años la hiperkinesia no depende tanto del entorno. En la edad escolar, se puede limitar a situaciones que están menos estructuradas, en actividades tranquilas hablan mucho y hacen ruido excesivo. En los adolescentes los síntomas externos se perciben menos pero predomina una sensación interna de inquietud, dejan cosas sin terminar...⁽¹⁾.

IMPULSIVIDAD:

La impulsividad viene manifestada por la impaciencia, la dificultad para medir o frenar sus respuestas a determinadas situaciones. No piensan en las consecuencias de sus actos, se dejan llevar por la idea espontánea y dominante. Por ello muchas veces dicen cosas sin pensar que les puede acarrear problemas en clase con sus profesores y en los juegos con sus compañeros. Además la impulsividad supone un peligro por la mayor frecuencia de accidentes (ya sean caídas, accidentes de bici...)^(1,18).

En los niños preescolares, el niño aparenta guiar su actuación por los estímulos (tendencia a tocar todo). Conforme crecen se vuelven impacientes, interrumpen a sus compañeros y tienen dificultades para esperar su turno. En la adolescencia esta impulsividad genera mayores conflictos y está relacionada con conductas de riesgo (abuso de tóxicos, actividad sexual precoz y accidentes de tráfico)⁽¹⁾.

INATENCIÓN:

Para estos niños supone una gran esfuerzo permanecer concentrado en una actividad durante un periodo largo de tiempo, tanto en tareas del colegio, como familiares y sociales. Les supone una gran dificultad priorizar las tareas y finalizarlas. Cuando están haciendo algo, se distraen fácilmente ante estímulos nuevos que son irrelevantes, esto hace que empiecen muchas tareas pero las dejen sin terminar^(1,18).

Impresionan de ser niños que no escuchan, desobedecen órdenes y son descuidados en cuanto a la organización de las tareas y actividades. En el ámbito social se percibe por cambios de conversación, dificultad para seguir las normas en juegos...⁽¹⁾.

El déficit de atención se manifiesta en mayor medida a partir de la edad escolar, ya que es el momento en el que las exigencias cognitivas son mayores.

Estos tres síntomas (hiperactividad, impulsividad, inatención) se producen en distintos contextos (hogar, escuela, trabajo y situaciones sociales). La hiperactividad disminuye conforme la persona madura, pero persisten la impulsividad e inatención⁽¹⁾.

¿Cómo se diagnostica?

Un diagnóstico correcto y temprano es el punto clave para el manejo adecuado del TDAH y la prevención de sus complicaciones⁽¹⁸⁾.

- 1) Recogida de información por parte del pediatra, psiquiatra o neurólogo:

- Mediante entrevista con los padres y el niño.
- Dificultades que presenta el niño en su día a día.
- Historia clínica.
- Existencia de otras patologías (ansiedad, depresión).
- Alergias.
- Medicaciones.
- Situación en la escuela, en casa, con los amigos.
- La recogida de datos se facilita mediante cuestionarios para padres y profesores

2) Examen físico:

- Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca.
- Revisión neurológica.
- Visión, audición.
- Lenguaje, memoria, concentración, atención.

3) Se realiza un Test de Cociente Intelectual al niño.

Los criterios diagnósticos utilizados en la actualidad son⁽¹⁵⁾:

- El DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Pediatría): exige al menos 6 síntomas de hiperactividad o 6 síntomas de déficit de atención.
- El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS): es necesario que exista falta de atención.

¿Cuáles son los tratamientos posibles?

El tratamiento más eficaz recoge la medicación, la terapia conductual y el apoyo escolar.

Tratamiento farmacológico:

En España se utilizan 2 medicamentos aprobados para su uso en el TDAH⁽¹⁵⁾:

- **Metilfenidato** (psicoestimulante): existe en forma de liberación inmediata o retardada.

Acción: aumenta el nivel de dopamina en el cerebro.

Efectos adversos:

- Descenso del apetito.
 - Insomnio.
 - Aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca.
 - Disminución del crecimiento.
- **Atomoxetina** (no estimulante): se utiliza cuando los psicoestimulantes no son efectivos o existe comorbilidad asociada.

Acción: aumenta el nivel de noradrenalina en el cerebro.

Efectos adversos:

- Anorexia.
- Dolor abdominal.
- Náuseas y vómitos.

Forma de uso: la introducción de la medicación será gradual, siempre comenzando con dosis mínimas. Así se intentan evitar los efectos adversos, los cuales son siempre reversibles.

- Otros:
 - Bupropion: es un antidepresivo cuya eficacia en el TDAH ha sido mostrada por algunos estudios. Efecto: mejora la hiperactividad y agresividad pero su efecto es menor con la inatención⁽¹⁸⁾.
 - Clonidina: es una imidazolina. Puede ser beneficiosa en la impulsividad, trastornos de sueño, contra la baja tolerancia a la frustración e hiperactividad. Pero al igual que el bupropion sus efectos disminuyen hacia la atención⁽¹⁹⁾.
 - Dimesilato de lisdexanfetamina: ha demostrado eficacia en los síntomas de atención e hiperactividad. Se comercializa en varios países pero en Europa está en fase de desarrollo clínico⁽¹⁹⁾.
 - Clorhidrato de guanfacina: es un fármaco no estimulante. Distintos ensayos clínicos muestran su eficacia y seguridad. En Europa está en fase de desarrollo⁽¹⁹⁾.

Tratamiento psicológico:

La psicoterapia podrá ser tratamiento único en casos de TDAH leve.

Distintas intervenciones:

- **Psicoterapia:**

- Tratamiento conductual: se intenta modificar el comportamiento trabajando de forma directa sobre él, mediante las consecuencias de sus acciones se pretende que aprendan cómo se deben hacer las cosas. Mediante esta terapia se consigue que aumente la atención, el rendimiento escolar, se mejora la hiperactividad y la interacción social. Algunas técnicas utilizadas para conseguir las conductas deseadas son la alabanza, prestar atención, tener contacto físico y utilizar recompensas^(10,12).
 - Tratamiento cognitivo: este método se centra en trabajar los procesos cognitivos que regulan la conducta, de esta forma se pretende que el niño sea más independiente y sea capaz de controlar sus impulsos⁽¹⁰⁾.
 - Técnicas de neurofeedback: se ha demostrado que puede disminuir los síntomas relacionados con el TDAH⁽¹⁰⁾.
 - Estimulación cognitiva: consiste en la rehabilitación cognitiva de aquellas áreas donde estos niños tienen dificultades (las funciones ejecutivas)⁽¹⁰⁾.
- **Psicoeducación** y entrenamiento a padres para el manejo del niño.
 - **Apoyo escolar**.

¿Existe comorbilidad en el TDAH?

El TDAH presenta otras patologías asociadas en más de un 60% de los casos. Los trastornos más frecuentes son:

- Trastornos de ansiedad: están asociados a un 25% de los niños con TDAH. Se manifiestan como un nerviosismo y miedo excesivo en relación con el fracaso y acontecimientos futuros.
- Trastornos afectivos: depresiones e hipomanía.
- Trastornos de conducta.
- Semiología del espectro autista.
- Tics y Síndrome de Gilles de la Tourette: un 50% de niños con TDAH llevan asociados estos procesos.
- Trastornos del aprendizaje escolar: dislexia, trastorno del cálculo, del lenguaje...⁽⁹⁾.

Además en el niño con TDAH se debe tener en cuenta la alta prevalencia de accidentes que pueden sucederse debido a sus síntomas⁽²⁰⁾.

INTERVENCIÓN ENFERMERA

La consulta de enfermería supone un lugar propicio para llevar un control del niño con TDAH y a la vez poder realizar un papel educativo con los padres y servirles de apoyo.

Estas revisiones se deberán realizar cada 6 meses. Las funciones de enfermería serán:

En cuanto al **tratamiento farmacológico**:

➤ Seguimiento de efectos secundarios:

Será importante llevar un control de los aspectos que pueden ser alterados por la medicación. En cada consulta se valorará:

- Tensión arterial
- Frecuencia cardiaca
- Insomnio
- Disminución del apetito
- Somatometría: peso, talla, IMC (Índice de masa corporal)
- Agudeza visual
- Presencia cefaleas

Se llevará un registro para poder ver la evolución y posibles cambios.

- Se dará información acerca de la medicación, resolviendo posibles dudas de los padres.
- Se controlará la adherencia al tratamiento.

Pautas para padres:

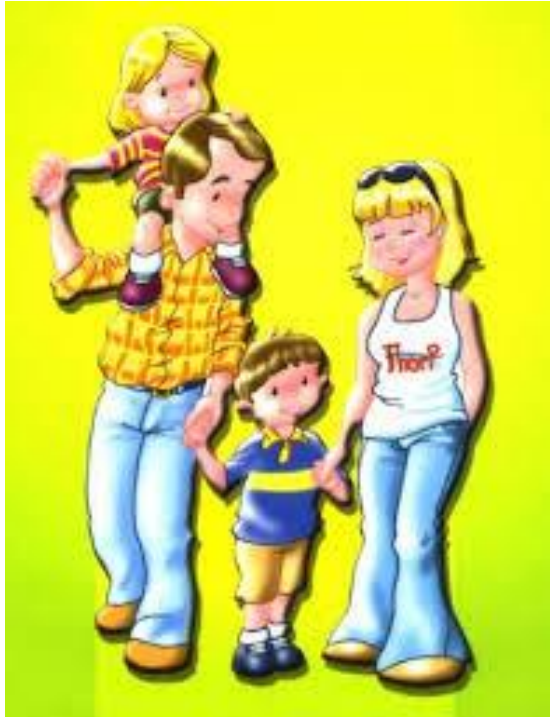
- En primer lugar, es importante solucionar las dudas que los padres puedan tener sobre el trastorno de sus hijos.
- Pautas para el manejo del niño con TDAH⁽²¹⁾:
 - Se deben establecer reglas claras y desarrollar consecuencias y premios en base a esas reglas.
 - Establecer consecuencias adecuadas cuando el niño se salte las normas.
 - Cumplir siempre los castigos o premios a sus acciones.
 - Estos niños deben tener rutinas, tener el tiempo estructurado, poner horarios para comer, hacer las tareas, irse a dormir...
 - Evitar distracciones, intentar el ámbito en el que se encuentra el niño este ordenado y organizado.
 - Valorar los esfuerzos realizados por el niño, mejorar su autoestima.
 - Aceptar al niño tal y como es.
 - Motivar para que termine las actividades comenzadas.
 - Tener contacto físico con el niño, mostrar cariño.
 - Motivar para que termine las actividades comenzadas.
 - Tener contacto físico con el niño, mostrar cariño.

- Prestar atención al niño cuando haga algo bien y al contrario cuando sea algo negativo. No hay que alargar los castigos ya que pueden generar en el niño rencor y frustraciones.

Otras actividades:

- Se informará a los padres acerca de la existencia de distintas asociaciones, donde podrán recibir apoyo de otras personas que se encuentran su misma situación. Además de los distintos talleres y actividades a las que podrán acudir tanto sus hijos como ellos.
- Se contactará con la escuela en determinadas ocasiones para el seguimiento correcto del paciente.
- Se entregará el siguiente folleto explicativo para padres.

GUÍA PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH



Pautas necesarias para padres.

¿Qué es el TDAH?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia y afecta al 5% de los niños.

¿Qué provoca?

Se caracteriza por tres síntomas:



HIPERACTIVIDAD: no puede estar quieto, se mueve constantemente.

IMPULSIVIDAD: tiene dificultades para controlar sus respuestas, conductas y emociones.

DÉFICIT DE ATENCIÓN: le supone un gran esfuerzo mantener la atención a una misma actividad durante largos periodos de tiempo.

¿Qué tratamientos existen?

Tratamiento farmacológico:

- Metilfenidato
- Atomoxetina

Tratamiento psicológico.

Psicoeducación: pautas para padres.

Adaptaciones escolares.

PAUTAS PARA PADRES

MEJORAR SU AUTOESTIMA

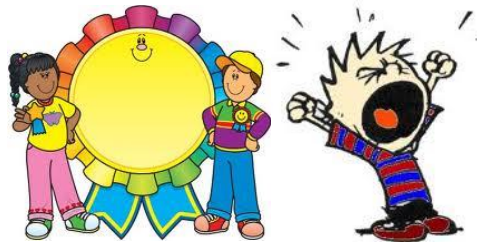


Les supone mucho esfuerzo realizar cosas que para otros niños no supondría ninguno, por ello hay que VALORARLO Y PREMIARLO.

Utilizar mensajes positivos, por ejemplo, en vez de "eres desordenado", decir "tu cuarto está desordenado".

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Para incrementar las conductas positivas se debe prestar atención al niño cuando tenga conductas deseadas y alabarlas. Establecer premios que refuercen esa actitud positiva. El contacto físico también es importante.



Por el contrario, para disminuir los comportamientos indeseados, cuando el niño se porte mal no se le debe prestar atención y debe entender que habrá consecuencias negativas. Sin embargo estas actitudes no se deben alargar ya que podrán generar en el niño rencor y frustración.

LOGRAR QUE OBEDEZCAN

Definir unas reglas claras, que los niños comprendan, junto con sus premios y consecuencias.



A estos niños les cuesta mucho completar tareas, muchas veces lo dejan a medias,

para ello es útil decirle los pasos uno a uno y si es necesario escribirlos. Por ejemplo, para ir al colegio (levantarse, hacer la cama, desayunar, lavarse los dientes, vestirse, coger la mochila...).



ESTABLECER RUTINAS

Los niños con TDAH funcionan mejor con una rutina estable, con unos horarios a seguir. Para ello es útil escribir horarios que el niño pueda ver e ir tachando lo realizado.

MOTIVAR SU APRENDIZAJE

Importante crear un hábito de estudio, siempre el mismo lugar y horario.

Calcular el tiempo que necesita el niño para cada tarea e ir modificándolo según las necesidades.

Comenzar con las tareas más difíciles.

El niño tiene que saber que hasta que no acabe los deberes no podrá hacer otra cosa.

DISCUSION:

Como hemos podido ver el TDAH es un trastorno en auge, cada vez hay más diagnósticos y debido a su causa mayormente genética se hace difícil su prevención. Únicamente se pueden llevar a cabo medidas preventivas en el embarazo (como cuidar la alimentación y evitar tóxicos) y desarrollar ambientes familiares propicios para el desarrollo de un niño, con afecto, atención... Con estas medidas se conseguiría prevenir un 10-20% de los casos.

Que su prevención no sea fácil no significa que la detección de estos niños no deba ser temprana. Cuanto antes sea diagnosticado antes se podrán empezar a tratar los síntomas. Así su repercusión en el entorno del niño será menor y su adaptación en la adolescencia y la vida adulta será mejor.

Por ello la principal cuestión será el diagnóstico. La sospecha de TDAH viene normalmente de la familia y del centro escolar. Tanto los padres como los profesores pasan muchas horas con estos niños, son los que conviven día a día con ellos y perciben los síntomas. El especialista (pediatra, psiquiatra o neurólogo) será quién realice el diagnóstico. La madre de un niño con TDAH entrevistada⁽¹⁴⁾ nos manifiesta el problema de que en España no existe la psiquiatría infantil. Los trastornos en la infancia son distintos que los problemas en adultos, por ello mediante la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil se conseguiría una mayor formación de los profesionales que tratan este sector de la población. Esto ha llevado a algunos padres y profesionales a crear la Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil⁽²²⁾, los cuales afirman que *“las patologías mentales en el niño requieren de una especialización y una formación que actualmente no tienen la mayoría de profesionales que atienden a nuestros hijos, esto conlleva graves déficits que les afectan directamente, errores de diagnóstico, escaso seguimiento de sus tratamientos, años y años de sufrimiento de la familia hasta llegar a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, esto se traduce en años de retraso en sus tratamientos y el consiguiente perjuicio en la evolución de sus trastornos, algo decisivo a la hora de una normalización en sus vidas, tanto a nivel emocional, social como escolar”*.

Para el correcto diagnóstico es necesario que el especialista obtenga la información del propio niño, de su familia y de los profesores. Se ha comprobado⁽¹⁶⁾ que en la realidad sí se realiza un cuestionario por parte de los tutores del niño afectado, pero a partir de ahí el contacto entre los distintos profesionales frecuentemente no existe. La familia es la que está en contacto con los distintos ámbitos del niño. Para el correcto seguimiento del niño sería deseable la coordinación entre los distintos especialistas que mantienen contacto con el niño y así ver los avances desde los distintos ámbitos^(23,24).

En lo referente al tratamiento, en las distintas fuentes revisadas^(1,4,5,10,15,18,19) se destaca la importancia de un enfoque multimodal, es decir, que el tratamiento sea farmacológico, psicoterapéutico e incluya psicoeducación al niño, la familia y su entorno. El falso mito que afirma que los fármacos estimulantes pueden llevar a adicciones en un futuro lleva a algunos padres a no confiar en la utilización de estos medicamentos en niños tan pequeños, lo cual es incorrecto ya que está demostrado

que estos medicamentos previenen de adicciones y trastornos emocionales futuros⁽²⁵⁾. En casos de TDAH leve se puede prescindir de la farmacoterapia y desarrollar el resto de tratamientos, pero en casos más graves, para una correcta adaptación del niño, será necesario incluirla.

Las principales funciones del tratamiento pautado son controlar los síntomas propios del TDAH, su comorbilidad y la repercusión de este trastorno en el entorno familiar, escolar y social del niño^(5,10). Las últimas investigaciones^(10,26) reflejan que la terapia combinada es más eficaz que la farmacológica, conductual o las intervenciones psicosociales. Además la actitud familiar condicionará en gran medida la respuesta del tratamiento, de ahí la importancia de que los padres estén informados acerca de todo lo relacionado con el trastorno y aprendan pautas que les ayuden a mejorar las conductas de sus hijos. De esta forma la adherencia e implicación en el tratamiento será mejor.

Como se ha podido observar mediante las entrevistas realizadas, el entorno familiar es uno de los aspectos en los que el TDAH tiene más impacto. En un estudio realizado por la Federación Mundial de la Salud Mental en 2004⁽²⁷⁾ se entrevistaron a padres de niños con TDAH de 9 países y se reflejó que el 88% de los padres sufren estrés a menudo y tienen preocupaciones por el trastorno de su hijo, el 60% considera que el trastorno limita y dificulta las actividades familiares, además de producir problemas matrimoniales como afirma un 50% de los entrevistados. Los padres tienen la presión de ejercer el papel de auténticos terapeutas, se encuentran frente a un gran desgaste emocional⁽²⁸⁾.

En este mismo estudio se puso de manifiesto la preocupación de los padres por el éxito de sus hijos en el ámbito escolar. Los niños con TDAH presentan grandes dificultades en el proceso de aprendizaje, lo que lleva a la necesidad de adaptar el entorno y la metodología de enseñanza. La maestra entrevistada⁽¹⁶⁾ afirma que la escuela tiene un papel muy importante en el diagnóstico y seguimiento de los niños con TDAH y para ello es importante un mayor nivel de formación de los maestros respecto a este tema. Los últimos estudios⁽²⁹⁾ señalan que los profesores pueden y realizan adaptaciones como favorecer la planificación de rutinas, utilizar módulos de trabajo más breves y permitir más tiempo para realizar las actividades entre otras. También los docentes sitúan a los niños con TDAH cerca de ellos, los ubican con compañeros tranquilos y tienen la posibilidad de favorecerles las pruebas haciéndoselas orales en vez de por escrito. Pero en la realidad más cercana del niño con TDAH^(4,14,16) se ha observado que el sistema educativo actual no favorece la implementación de estas adaptaciones y no todos los profesores las realizan.

Las actitudes de estos niños son consideradas en muchas ocasiones como maleducados, desobedientes, holgazanes...Esto hace que los padres sientan que su hijo es excluido en situaciones sociales⁽³⁰⁾ (un 58% según el estudio realizado por la Federación Mundial de la Salud Mental⁽²⁷⁾). Para evitar esta imagen en la sociedad de los niños con TDAH sería importante y necesario además del trabajo con el propio niño, trabajar con los demás para que acepten su forma de ser⁽¹⁶⁾.

Por último, según el síntoma que predomine, hay que destacar la influencia en la adaptación del niño. Las diferencias cuantitativas y cualitativas entre los distintos

subtipos (desatento, hiperactivo e impulsivo y combinado) lleva a pensar que estos niños tengan una disfunción ejecutiva diferente⁽³¹⁾. De ahí la importancia de reconocer las necesidades de cada niño, individualmente, y ofrecerle los servicios necesarios para conseguir una buena adaptación en los distintos ámbitos de su vida. En este punto el papel de enfermería debe de ser esencial. Tanto en la colaboración en el diagnóstico⁽³²⁾, como posteriormente en el seguimiento del niño y su familia; realizando las intervenciones pertinentes para asegurar una atención integral al niño con TDAH⁽³³⁾.

CONCLUSIONES

- El TDAH es un trastorno en auge, con una prevalencia alta, que afecta al niño en numerosos ámbitos de su vida (salud, escolar, familiar) y repercute también en su familia y quien le rodea.
- Requiere de un tratamiento multidisciplinar que incluya farmacoterapia y psicoterapia (en casos leves se podría prescindir de los fármacos). Además de una intervención en la familia, enseñándoles pautas de manejo del niño con TDAH.
- Es importante el diagnóstico precoz y su tratamiento para evitar problemas en la edad adulta, así como tratar las posibles patologías asociadas.
- La escuela es uno de los ámbitos donde más influye este trastorno, dando problemas en el aprendizaje del niño. Es importante que los profesores conozcan el trastorno, sepan qué adaptaciones se pueden hacer para mejorar el funcionamiento del niño con TDAH y las apliquen.
- Enfermería puede y debe hacer un papel importante mediante el seguimiento y control de estos niños, realizando psicoeducación en la familia y resolviendo dudas que puedan estar creando dificultades a estos padres.

AGRADECIMIENTOS

Quería agradecer a mi tutora Raquel Sáenz Mendía por la ayuda ofrecida. Además de a Daniel Montoya, Teresa García-Falces, Nieves Izco e Isabel Hermoso de Mendoza por su disponibilidad e interés al realizar las entrevistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18.
2. Teva M D. Estudio de los factores de riesgo asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad [tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; 2009.
3. Arán V, Mias C D. Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: subtipos predominio Déficit de Atención y predominio Hiperactivo-Impulsivo. Revista Argentina de Neuropsicología [Revista en Internet]. 2009 [consultado 27 de enero]; 13(14): 14-28. Disponible en: <http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/numero13/AranyMias.pdf>
4. D. Montoya, comunicación personal, 14 de enero, 2014.
5. Lora A. Déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. Córdoba: Asociación de pediatras de atención primaria de Andalucía; 2004.
6. Cardo E, Servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rev Neurol. 2005; 40 (supl 1): S11-15.
7. Hidalgo M.I. Evaluación diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Madrid: Centro de salud 'Barrio del pilar'; 2007.
8. Hidalgo M.I. Evaluación diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Madrid: Centro de salud 'Barrio del pilar'; 2007.
9. Díaz J. Comorbilidad en el TDAH. Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente [Revista en internet]. 2006 [consultado 27 de enero 2014]; 6(1): 44-45.

Disponible en:
http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_7mZG5IP3fsJy0YhrYekf_0.pdf
10. Loro-López M, Quintero J, García-Campos N, et al. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev neurol [Revista en Internet]. 2009 [consultado 15 de diciembre 2014]; 49(5): 257-264. Disponible:http://www.cep-elqui.org/uploads/6/8/2/3/6823046/actualizacion_en_el_tratamiento_del_trastorno_por_tda-h.pdf

11. Rodríguez-Salinas E, Navas M, González P, et al. La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). Rev Pediatr Aten Primaria [Revista en Internet]. 2006 [consultado 15 de diciembre]; 8 Supl 4: 175-198. Disponible en:
http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPoWQn7C5nLYZ2lFJudAv9_6
12. Miranda A, Soriano M. Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista Informació psicológica 2010; 100: 100-114.
13. Orden foral 65/2012. Boletín Oficial de Navarra (20/07/2012).
14. N. Izco, comunicación personal, 20 de marzo, 2014.
15. T. García-Falces, comunicación personal, 16 de enero, 2014.
16. I. Hermoso de Mendoza, comunicación personal, 20 de febrero, 2014.
17. Fundación CADAH <http://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-tratamiento.html>
18. Soutullo Esperón C. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). 2ª ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana; 2008.
19. Mulas F, Gandía R, et al. Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. Rev de neurol [Revista en internet]. 2012 [consultado 3 abril 2014]; 54 (Supl 3): S41-53.
Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/54S03/bhS03S041.pdf>
20. Reinhardt M.C, Reinhardt C.A. Attention déficit-hyperactive disorder, comorbidities, and risk situations. J Pediatr (internet). 2013; 89: 124-30.
Disponible en: <http://jped.elsevier.es/en/transtorno-deficit-atencao-hiperatividade-comorbidades-e/articulo/90197502/>
21. Bautista I. Pautas de actuación ante el TDAH. Revista enfoques educativos [Revista digital]. 2010 [consultado 20 abril 2014]; 62: 31-42. Disponible en:
http://www.enfoqueseducativos.es/enfoques/enfoques_62.pdf#page=31
22. Plataforma de Familias para la Creación de la Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. <http://www.plataformafamilias.org>
23. Cardo E, Bustillo M, Riutort L, et al. ¿Cuál es la combinación de síntomas según padres y maestros más fiables para el diagnóstico de TDAH? Revista Anales de Pediatría [Revista en internet]. 2009 [Consultado el 15 de diciembre de 2014];

- 71: no 2. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatria-37/articulo/cual-es-combinacion-sintomas-segun-13140107>
24. Rubió I, Mena B, Murillo B. El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 (supl 4): 199-216.
 25. Bauermeister J J, Castellanos F X, Bauzano E, et al. Consenso multidisciplinar en TDAH: Infancia, adolescencia y adultos. Grupo de consenso TDAH multidisciplinar; 2005.
 26. Orozco Castillo S. Avances e implicaciones del tratamiento en niños con trastorno deficitario de atención con hiperactividad. *Revista Psicoideas [Revista en Internet]*. 2013 [Consultado el 6 de mayo de 2014]; 2: 10-20. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/psicoideas/article/view/72>
 27. Grau Sevilla MD. Análisis del contexto familiar de los niños con TDAH [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia, Departamento de Psicología evolutiva y de la educación; 2006.
 28. Gutiérrez M.C, Santamaría A, Manuel A, et al. Actualización en Medicina de Familia: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: un reto compartido. *Revista Semergen (internet)*. 2008; 34: 230-4. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/actualizacion-medicina-familia-trastorno-deficit-atencion-e-13120944-formacion-continuada-2008>
 29. Cepeda MP, Bakker L, Rubiales J. Implementación de estrategias docentes en la educación de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador [Revista en Internet]*. 2013 [Consultado el 6 de mayo de 2014]; 31: 30-48. Disponible en: <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1303>
 30. Guerrero J.F, Pérez R. El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista Ruedas* 2011. 2: 37-59.
 31. Capdevila C, Artigas J, Ramírez A, et al. Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos? *Revista de neurología [Revista en internet]*. 2005 [consultado el 15 de diciembre 2014]; 40 (Supl 1): S17-23. Disponible en: <http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/TDAH/CARACTERISTICAS/Fenotipo%20neuropsicologico%20del%20TDAH%20-%20Capdevila%20y%20otros%20-%20a>
 32. García Vallejo R. Mejora de la detección precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) tras la implementación de un documento de consenso sobre actuación asistencial [Tesis doctoral]. Madrid:

Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2013.

33. García Vallejo, R, García Sanabria S, García Ramos P. "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) Relación entre enfermería, padres y escuela." Revista Rol de Enfermería 32.9. (2009): 614-620.
34. National Institute of Mental Health.
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-d-ficit-de-atenci-n-e-hiperactividad/index.shtml>
35. Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. <http://www.feaadah.org/es/>

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de Conners

Cuestionario de conducta de CONNERS para padres

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners).

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza.				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL				

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners)

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal				

genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL??.				

Instrucciones:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6 y 11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 y 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Anexo 2: Criterios diagnósticos del TDAH

Criterios DSM-IV para el diagnóstico del TDAH

A (1) o (2)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

a) A menudo no presta suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuido en sus tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.

d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo, sin que ello se deba a comportamiento negativista, o a incapacidad para comprender las instrucciones.

e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como, por ejemplo, las actividades escolares o las tareas domésticas.

g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

i) A menudo es descuidado en las actividades de la vida diaria.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento.

b) A menudo abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse con tranquilidad a actividades de ocio.
- e) A menudo está en movimiento o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico del TDAH

Déficit de atención
1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.

9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
Hiperactividad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento. 2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
Impulsividad
<ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación.
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18.